

SO_GERICHTE VSBES.2017.284 vom 4. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.284

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.284 du 4 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.284 del 4 ottobre 2017

Erwägungen

E. 14

Juli 2017 (Avenir-Nr. 4) mit der Begründung, die Behandlung falle nicht unter Art. 17 c Ziff. 4 KLV.

Mit Stellungnahme vom 16. August 2018 (Avenir-Nr. 7) äusserte sich der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. C.____, dahingehend, dass dem eingereichten Röntgenbild nicht zu entnehmen sei, wo sich diese Otitis befinde. Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV stehe für Zysten ohne Zusammenhang mit Zahnelementen. Die Diagnose Otitis könne diesem Artikel keinesfalls zugeordnet werden und sei auch sonst nicht in Art. 31 KVG resp. Art. 17 - 19 KLV erfasst. Somit sei die Kostenübernahme abzuweisen.

Gestützt darauf hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. August 2017 (Avenir-Nr. 8) an ihrer Ablehnung der Kostenübernahme fest. Dagegen erhebt die Beschwerdeführerin am 4. September 2017 Einsprache (Avenir-Nr. 9) und reichte unter anderem ein neues Formular betreffend Zahnschäden gemäss KVG ein. Darin hielt Dr. med. dent. B.____ als Diagnosen eine «Otitis Regio 25, St. n. Zystenoperation mit Auffüllen bei Dr. D.____» fest und wies auf Art. 17 lit. c Ziff. 4 bzw. 5 KLV hin.

Schliesslich wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache mit Entscheid vom 4. Oktober 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab.

2. Am 6. November 2017 lässt die Beschwerdeführerin gegen den Entscheid vom 4. Oktober 2017 fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht erheben (A.S. 4 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2018 (A.S. 22 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Zudem seien weitere Begehren inklusive diejenigen auf Parteientschädigung abzuweisen.

4. Mit Replik vom 7. März 2018 (A.S. 36 ff.) stellt die Beschwerdeführerin ergänzend den Antrag, es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, der Beschwerdeführerin die Kosten für die medizinische Beratung im vorliegenden Beschwerdeverfahren von CHF 720.00 zu erstatten (Mehrforderung ausdrücklich vorbehalten).

5. Mit Duplik vom 23. April 2018 (A.S. 54 f.) verweist die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen.

6. Mit Stellungnahme vom 31. Mai 2018 (A.S. 63 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen.

7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.
2. Der Präsident des Versicherungsgerichts beurteilt sozialversicherungsrechtliche Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von CHF 30'000.00 als Einzelrichter (§ 54bisAbs. 1 lit. a Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation / GO, BGS 125.12). Im vorliegenden Fall sind Behandlungskosten im Betrag von CHF 1'105.55 strittig, weshalb die Angelegenheit vom Präsidenten des Versicherungsgerichts als Einzelrichter zu beurteilen ist
3.
 - 3.1 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in allgemeiner Weise umschrieben. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen.

Die Leistungen der Zahnärzte und Zahnärztinnen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

3.2 Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel erlassen, nämlich zu lit. a den Art. 17 KLV, zu lit. b den Art. 18 KLV und zu lit. c den Art. 19 KLV. In Art.

E. 17

KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, bei denen daraus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. In Art. 19 KLV schliesslich hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendigen Bestandteil der Behandlung darstellt.

3.3 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen gemäss Art. 57 KVG sind ein Organ der sozialen Krankenversicherung und beraten die Krankenkassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG). Die Leistungserbringer müssen dabei den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so

können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG). Weder Versicherer noch Leistungserbringer oder deren Verbände können Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen Weisungen erteilen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer. Diesen wiederum kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 104 V 211 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 313 E. 1b). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweisen).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe sie sich am 5. Dezember 2016 einer Operation an Zahn 25 bei Dr. med. dent. D. ___ unterziehen müssen. Die Operation sei notwendig geworden, weil der Zahn 25 eine Zyste gehabt habe, welche teilweise in die Kieferhöhle hineingeragt sei, aber noch mehrheitlich vom Knochen umgeben gewesen sei. Die Zyste sei deutlich über den Alveolarkamm hinausgeragt. Anlässlich der Operation vom 5. Dezember 2016 sei festgestellt worden, dass es sich nicht nur um eine, sondern um mehrere Zysten gehandelt habe. Sämtliche Zysten seien entfernt worden und die Wurzelspitze von Zahn 25 dabei gekappt worden. Im Anschluss an diese Operation sei es zu Komplikationen, nämlich zu einer Infektion des zur Füllung des Zystenlumens eingebrachten Fremdmaterials, gekommen. Der behandelnde nachfolgende Zahnarzt Dr. med. und med. dent. B. ___ habe eine Ostitis/Osteomyelitis diagnostiziert und festgestellt, dass auch der direkt angrenzende Knochen von der Infektion mitbetroffen gewesen sei. Dr. med. B. ___ habe die Diagnose der Osteomyelitis auf Grund der Vorgeschichte der Beschwerdeführerin gestellt. Die Beschwerdeführerin leide nämlich seit mehreren Jahren an Spondylarthritis axial und peripheral HLA-B27 negativ (Morbus Bechterew), rezidivierenden Sinusitiden, Zustand nach internasaler Ethmoidektomie beidseits 1996, Septorhinoplastik 1995, chronisch-rezidivierenden Sinusitiden beidseits, Zustand nach Operation 1995, 1996 und 2014 und Kombinationskopfschmerzen (Migräne, atypischer Gesichtschmerz, Analgetika-induzierter Kopfschmerz). In der Behandlung vom 20. Februar 2017 - 1. Juni 2017 habe Dr. med. B. ___ das entzündete Material entfernt und den betroffenen Knochen kürettieren. Die Entzündung über Zahn 25 sei immer noch vorhanden und habe sich nun in die Kieferhöhle ausgeweitet wie das MRI vom 30. Oktober 2017 zeige. Sodann gehe aus den Akten und dem bildgebenden Material klar hervor, dass die Zyste an Zahn 25 zum Teil in die Kieferhöhle hineingeragt sei und damit deutlich über dem Alveolarkamm hinaus. Sie habe daher ihren direkten Zusammenhang mit dem Zahn verloren und Krankheitswert erreicht. Dass dies ■ entgegen der Ansicht des Vertrauenszahnarztes ■ möglich sei, gehe auch aus dem Bundesgerichtsentscheid K 111/99 vom 19. Dezember 2001, E.6, hervor. In diesem Entscheid werde festgehalten, dass die Behandlung einer Zyste (in casu radikulärer Zyste) der Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV unterliege, wenn sich eine solche Zyste weit über ihren Ursprung entwickle und den Kieferknochen in einer Weise wie vorliegend betroffen habe, indem sie die Kieferhöhle links im Sinne einer Sinusitis maxillaris durchgebrochen sei. Daher sei die

Auffassung des Vertrauenszahnarztes der Beschwerdeführerin in seiner Stellungnahme vom 27. November 2017, auf die sich die Beschwerdegegnerin vornehmlich abstütze, unzutreffend, dass eine dentogen bedingte Zyste nie über den Alveolarkamm hinausgehe. Allein die Zystenentfernung stelle eine Behandlung im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV dar. Zum anderen habe die Beschwerdegegnerin in angefochtenen Einspracheentscheid festgestellt, dass es sich in casu um eine Ostitis handle, was gemäss Enzyklopädie auch eine Osteomyelitis sei. Unzutreffend sei auch die Annahme des Vertrauenszahnarztes der Beschwerdegegnerin, die Zystektomie sei in einem hoch infizierten Gebiet vorgenommen worden. Dazu sei festzuhalten, dass es sich in casu um eine Low-Grade Infektion gehandelt habe, die nicht floride gewesen sei. Wäre sie floride gewesen, hätte dies unmittelbar zu einem Abszess geführt, der bei der Beschwerdeführerin ja (noch) nicht vorhanden gewesen sei. Wäre die Zyste nicht behandelt, bzw. nicht entfernt worden und hätte auch keine Nachfolgeoperation mit Entfernung des entzündeten Materials stattgefunden, wäre es zu Abszessen und zur Knochendestruktion gekommen. In der Praxis könne es durchaus immer wieder vorkommen, dass es bei einer operativen Zystenbehandlung zu einem Infekt komme. Daher sei die Nachfolgebehandlung von Dr. med. B. ___ klar durch die vorangegangene Zystektomie und Wurzelspitzenresektion verursacht, umso mehr, als sich in diesem Bereich bereits eine Osteomyelitis gebildet gehabt habe. Auch damit sei der Krankheitswert des Infekts und die Unterstellung der Behandlung unter Art. 17 lit. c. Ziff. 4 + 5 KVL nachgewiesen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung würden unter zahnärztliche Behandlungen, Behandlungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, sowie die Behandlung an den Organbereichen fallen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen hätten (BGE 120 V 195 E. 2b). Das Bundesgericht habe ebenfalls im Entscheid BGE 128 V 143 E. 5a festgestellt, dass Zahnärzte und Zahnärztinnen für zahnärztliche Behandlungen in der Mundhöhle, die nicht zahnärztliche Vorkehrungen im engeren Sinne seien und trotzdem fast ausschliesslich von Zahnärzten und Zahnärztinnen vorgenommen würden, auch unter Geltung des KVG als Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen anerkannt seien. Entscheidend sei somit die therapeutische Zielsetzung, die sich danach bestimme, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden solle. Die therapeutische Zielsetzung bei der Zystenentfernung an einer Zahnwurzel, die bereits deutlich in die Kieferhöhle hineingeragt habe und entzündet gewesen sei, habe somit dem therapeutischen Zweck gedient, die weitere Infektion zu verhindern, insbesondere einen Abszess und die Knochendestruktion. Auch der therapeutische Ansatz der Nachfolgebehandlung von Dr. B. ___ sei eindeutig diesem Zweck gefolgt. Es sei darum gegangen, die weiterhin vorhandene und schmerzhafte Infektion einzudämmen und zur Heilung zu bringen. Der Schmerz über der Zahnwurzel 25 habe bereits im Frühjahr / Frühsommer 2016 in die ganze linke Wange ausgestrahlt (stichartige Schmerzattacken), mit Ausstrahlung bis in die Augen. Dieser Befund sei von Dres. med. E. ___, F. ___ und B. ___ gestellt worden. Es liege somit klar eine ärztliche Behandlung zur Behandlung eines nicht dentogenen Leidens vor. Der Krankheitswert der Ostitis sei gestützt auf die medizinischen Akten gegeben und werde auch vom Vertrauensarzt bejaht. Die Stellungnahmen des Vertrauenszahnarztes würden weder schlüssig noch nachvollziehbar oder in sich widerspruchsfrei erscheinen. So führe der Vertrauenszahnarzt in seiner Stellungnahme vom 27. November 2017 aus, aus den Unterlagen sei eine Behandlung der Osteomyelitis mit Antibiotika nicht ersichtlich. Aus der Rechnung von Dr. med. B. ___ vom 1. Juni 2017 gehe jedoch hervor, dass sehr wohl Antibiotika verabreicht worden seien (Flagyl, CC AMOXI Mepha). Es habe mindestens 2

Behandlungszyklen mit Antibiotika gegeben. Des Weiteren lasse der Vertrauensarzt ausser Acht, dass der Begriff «Osteomyelitis» zunehmend durch den Begriff «Ostitis (Ostitis)» ersetzt werde, da es sich in der Mehrheit der Fälle nicht um eine Entzündung des Knochenmarks wie bei der Osteomyelitis, sondern um alle Anteile des Knochens handle. Zudem verkenne der Vertrauensarzt, dass es sich bei der vorliegenden Behandlung um den Krankheitswert einer Ostitis in Abwesenheit einer Zyste handle, denn die Zyste sei ja schon behandelt worden und die Beschwerdegegnerin habe dafür bislang keine Kosten übernommen. Wobei auch die Entfernung der Zyste gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV kostenpflichtig gewesen wäre. Denn die Zyste habe sich in den Kieferknochen und in die Kieferhöhle hinein entwickelt. Zudem sei die Stellungnahme des Vertrauensarztes vom 16. September 2017 erst nach erhobener Einsprache ergangen. Sie sei der Beschwerdeführerin nie zur Stellungnahme zugestellt worden. Damit sei das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin nachweislich verletzt worden. Da die Beschwerdegegnerin die Ablehnung ihrer Leistungspflicht ausschliesslich damit begründe, die entfernte Zyste sei dentogen bedingt gewesen, ohne jedoch den entsprechenden Nachweis für diese Behauptung zu haben, mittels Röntgenbilder und Unterlagen vor der Zystenentfernung vom 5. Dezember 2016, hätte sie in Erfüllung ihrer Abklärungspflicht die Unterlagen betreffend die Zystenentfernung bei der operierenden Zahnärztin Dr. med. D. ___ einfordern müssen. Die Beschwerdeführerin habe die entsprechenden Angaben mit ihrer Einsprache gemacht. Zudem gehe aus dem Bericht des Zentrums für Bilddiagnostik vom 30. Oktober 2017 klar hervor, dass durch das eingebrachte Knochenersatzmaterial eine Entzündung hervorgerufen worden sei. Das MRI vom 30. Oktober 2017 bestätige somit den von Dr. med. B. ___ erstellten Befund einer Ostitis, somit einer Entzündung des Kieferkamms und der Kieferhöhle. Auch werde im Gutachten der G. ___, Dr. med. H. ___, vom 23. Juni 2017 auf S. 8, Ziff. 25 klar festgehalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem Bericht des I. ___ vom 4. Juni 2016 seit mehreren Jahren an diffusen Gesichtsschmerzen, chronischen Infekten der oberen Luftwege und einer chronischen Rhinitis mit Eitergeschmack im Mund leide. Bei der vorgenommenen Behandlung handle es sich nicht um eine zahnärztliche Tätigkeit und Behandlung, sondern um eine Behandlung gemäss Art. 25 KVG. Eine Infektion des Knochenersatzmaterials sei dem Knochen gleichzustellen. Wäre dem nicht so, müsste man zur Auffüllung kein Knochenersatzmaterial einbringen, wenn dieses dann nicht die Funktion des Knochens übernehmen solle. Wenn sich nun dieses Knochenersatzmaterial entzünde, komme dies einer Entzündung des Knochens gleich und sei somit von der Grundversicherung gemäss Art. 25 KVG zu übernehmen. Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass die Behandlungszyklen mit Antibiotika nachweislich zur Behandlung der diagnostizierten Ostitis bzw. Osteomyelitis durchgeführt worden seien und nicht für eine Behandlung wie Implantation oder einen anderen Eingriff am Knochen. Die Voraussetzungen zur Leistungspflicht nach Art. 17 lit. c Ziff. 4 + 5 KLV seien damit erfüllt.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, gemäss der Computertomographie sei offensichtlich eine Zyste apikal an Zahn 25 diagnostiziert worden. Auf Anraten von Dr. med. B. ___ habe Dr. med. dent. D. ___ die schon vorher begonnene Wurzelbehandlung ohne Rücksicht auf eventuelle Überstopfung durchgeführt und anschliessend eine Zystektomie mit Wurzelspitzenresektion vorgenommen. Dies sei in einem hochinfizierten Gebiet geschehen. Das Zystenlumen sei dabei mit Knochenersatz aufgefüllt worden. Aufgrund der bestehenden Infektion habe sich dieses entzündet und weiter Schmerzen verursacht. Die Zystektomie könne nicht Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV

zugeordnet werden, da dieser Artikel nur nicht dentogen bedingte Zysten beinhalte. Die durchgeführte Behandlung sei ebenfalls nicht eine ärztliche Tätigkeit, da diese am Kausystem stattfinde und somit gemäss Definition eine zahnärztliche Tätigkeit darstellt. Eine Osteomyelitis, wie von Dr. med. B. ___ nachträglich als Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV erwähnt, sei nirgends dokumentiert. Der Vertrauenszahnarzt komme in seiner letzten Stellungnahme vom 27. November 2017 zum Schluss, dass die vom Zahnarzt vorgeschlagene und durchgeführte Behandlung keine Leistungspflicht darstelle. Eine Osteomyelitis mit den Begleiterscheinungen wie Fieber, Schmerzen, Zahnlockerung, Pus und Fistelbildung sei seitens des Kieferchirurgen Dr. med. B. ___ nie dokumentiert worden, lediglich eine Otitis sei auf dem Zahnformular erwähnt worden, welche nicht in Art. 17 - 19 KLV aufgeführt sei. Eine Otitis könne nicht mit der viel gravierenderen Osteomyelitis gleichgestellt werden. Die Otitis sei von Dr. med. B. ___ im ersten Zahnschadenformular vom 31. Mai 2017 beschrieben worden. Der Vertrauenszahnarzt führt in seiner Stellungnahme weiter aus, dass auch aus dem MRI vom Kopf anlässlich der neuen Untersuchung von PD Dr. med. J. ___ vom 30. Oktober 2017 apikal von Zahn 25 noch immer eine Entzündung vorläge, die sich nun Richtung Kieferhöhle entwickle und deren Schleimhaut am Boden verwöbe. Keinesfalls gehe aus der Untersuchung hervor, dass die Zyste in die Kieferhöhle hineinrage. Da es sich eindeutig um eine dentogen bedingte Zyste handle, entspreche die Zystenoperation sicherlich weder der in Art. 17 Bst. c. Ziff. 4 KLV beschriebenen Behandlung noch Art. 25 KVG, da sie nicht in die Kieferhöhle penetriert hätte. Nach Einschätzung des Vertrauenszahnarztes sei die Zyste mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dentogen bedingt. Die beigelegte OPT vom 18. Januar 2017 zeige auf, dass Zahn 25 mit einer grossen pulpanahen Füllung versorgt gewesen sei. Die vorher bestandene Karies habe mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Pulpitis und anschliessend zu einer Zyste geführt. Daher entspreche die Zyste nicht dem in Art. 17 Bst. c Ziff. 4 KLV umschriebenen Krankheitsbild, nämlich Zysten ohne Zusammenhang mit Zahnelementen. Auch belege das beigelegte Bildmaterial das Übergreifen der Zyste auf die Kieferhöhle nicht. Ansatzpunkt und therapeutische Zielsetzung betreffen nach Einschätzung des Vertrauenszahnarztes eindeutig die Oberkiefer Region 25 und seien somit identisch. Es handle sich somit um eine zahnärztliche Tätigkeit. Eine Leistungspflicht aufgrund von Art. 25 KVG falle somit ausser Betracht. Es handle sich vorliegend um eine Infektion des Knochenersatz-Materials und nicht des Knochenmarks. Somit entspreche die Behandlung nicht Art. 17 Bst. c Ziff. 5 KLV. Die Osteomyelitis sei nicht bewiesen. Der Vertrauenszahnarzt führe in seiner erneuten Beurteilung sodann aus, dass der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung in diesem Fall eindeutig den Oberkiefer Region 25 betreffen und somit identisch seien und daher nicht zum Leistungsbereich gehören könnten, wie er in Art. 25 KVG umschrieben sei. Entsprechend der Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes vom 25. März 2018 würden die Wurzeln der 2. Prämolaren und Molaren oft bis in die Nähe der Kieferhöhle ragen. Daher sei auch eine apikale Zyste bei diesen Zähnen nahe der Kieferhöhle. Der Alveorkamm bilde im Gegensatz dazu deren Abschluss des Knochens zur Mundhöhle hin. Des Weiteren könne nach Einschätzung des Vertrauenszahnarztes vom 25. März 2018 ein Antibiotikum auch bei Implantationen und anderen Eingriffen am Knochen verabreicht werden. Damit werde nicht bewiesen, dass es sich um eine Osteomyelitis handle. Die Voraussetzung zur Leistungspflicht nach Art. 17 Bst. c. Ziff. 5 KLV sei daher nicht erfüllt. Zudem sei die Zyste nie auf der Höhe des Alveorkamms gewesen, sondern immer apikal von Zahn 25, hätte aber den Knochen nie Richtung sinus maxillaris durchbrochen. Der Kieferknochenschleimhaut könne aber auf

Entzündungsmediatoren mit Schwellung reagieren. Es handle sich somit nicht um einen vergleichbaren Sachverhalt wie in dem von der Vertreterin zum Vergleich zitierten Entscheid des Bundesgerichts K 111/99. Sodann belege die immer noch bestehende Entzündung im Knochen gemäss Ansicht des Vertrauensarztes, dass diese vom infizierten Knochenersatzmaterial stamme. Dieses sei von der Applikation her steril und also von noch vorhandenen Keimen nach der Zystektomie infiziert worden. Es handle sich somit nicht um eine ärztliche Behandlung nach Art. 25 KVG.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdeführerin für die von Dr. med. dent. B. ___ vom 20. Februar 2017 bis 1. Juni 2017 vorgenommenen Behandlungen in Höhe von CHF 1'105.55 Anspruch auf Kostenvergütung hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 In seinem Schreiben vom 13. Mai 2016 (Avenir-Nr. 9) an Dr. med. dent. D. ___ hielt Dr. med. dent. B. ___ fest, die Beschwerdeführerin leide an einer chronisch rezidivierenden Sinusitis mit atypischen Gesichtsschmerzen bei Status nach Infundibulotomie. Auf dem CT vom April 2016 zeige sich eine Zyste apikal 25, welche operativ saniert werden sollte. Wie die Beschwerdeführerin mitgeteilt habe, sei Dr. med. dent. D. ___ schon daran eine Wurzelbehandlung zu machen. Dr. med. dent. B. ___ empfehle ohne Rücksicht auf Überstopfen abzufüllen und anschliessend eine Zystektomie mit WSR vorzunehmen.

5.2 Im polydisziplinären Gutachten der G. ___ vom 23. Juni 2017 (B [Beschwerdebeilage] 5), welches von der IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlasst wurde, wurde unter anderem festgehalten, es bestünden eine Spondyloarthritis, HLA-B27 negativ, mit entzündlichem Rückenschmerz und Polyarthralgie, Rezidivierende Sinusitiden, Zustand nach internasaler Ethmoidektomie beidseits 1996, Septorhinoplastik 1995, Chronisch-rezidivierende Sinusitiden beidseits, Zustand nach Operation 1995, 1996 und 2014, eine Lipomatosis dolorosa sowie Kombinationskopfschmerzen (Migräne, atypischer Gesichtsschmerz, Analgetika induzierter Kopfschmerz). Das Krankheitsbild bestehe aus einem Komplex aus einer wahrscheinlichen, erstmals im Februar 2014 benannten Spondyloarthritis, rezidivierenden Sinusitiden mit Pilzbefall auf Grund möglicher Immundefizite und einer entzündlichen Hauterkrankung (Lipomatosis dolorosa).

5.3 Im Schreiben des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. E. ___, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 12. Juli 2017 (B 6) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide an massiven Kopf- und Gesichtsschmerzen und einer starken Müdigkeit und Erschöpfbarkeit. Dazu kämen sehr häufige hartnäckige Pansinusitiden, auf die im Gutachten in der Bewertung kaum eingegangen werde.

5.4 Mit Bericht vom 16. August 2017 (Avenir-Nr. 7) führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. C. ___, aus, gemäss KVG-Formular habe die Beschwerdeführerin an einer Otitis gelitten. Wo sich diese befinde, sei dem relativ unscharfen Röntgenbild nicht zu entnehmen und werde im Formular auch nicht erwähnt. Artikel 17 lit. c Ziff. 4 KLV stehe für Zysten ohne Zusammenhang mit Zahnelementen. An einer Zyste habe die Beschwerdeführerin jedoch nicht gelitten, auch wenn Dr. med. dent. B. ___ die Behandlung der Otitis als Zystenoperation ohne Auffüllen abgerechnet habe. Die diagnostizierte Otitis könne diesem Artikel keinesfalls zugeordnet werden und sei auch sonst nicht im KVG Artikel 31 resp. KLV Artikel 17 - 19 erfasst. Da diese Aufzählung gemäss Bundesgericht abschliessend sei, erfolge deren Behandlung nicht zu Lasten der Krankenkasse.

5.5 In seinem Bericht vom 16. September 2017 (Avenir-Nr. 10) hielt Dr. med. C.____ fest, offensichtlich sei in einem CT apikal an Zahn 25 eine Zyste diagnostiziert worden. Auf Anraten von Dr. med. dent. B.____ habe der behandelnde Zahnarzt Dr. med. dent. D.____ die schon vorher begonnene Wurzelbehandlung ohne Rücksicht auf etwaige Überstopfung durchgeführt und anschliessend eine Zystektomie mit Wurzelspitzenresektion vorgenommen. Dies sei in einem hochinfizierten Gebiet geschehen. Das Zystenlumen sei dabei mit Knochenersatz aufgefüllt worden. Aufgrund der bestehenden Infektion habe sich dieses entzündet und weiter Schmerzen verursacht. Das Ganze stelle ein Operationsrisiko dar, worüber der Patient schriftlich aufgeklärt werden müsse. Die Zystektomie könne nicht Artikel 17 lit. c Ziff. 4 KLV zugeordnet werden, da dieser Artikel nur nichtdentogen bedingte Zysten beinhalte. Wohlwissend habe Dr. med. dent. D.____ dies der Krankenkasse auch nicht eingereicht. Die nachfolgende Behandlung von Dr. med. dent. B.____ entspreche also nicht Artikel 17 lit. c Ziff. 4 KLV. Es sei auch nicht eine ärztliche Tätigkeit, da sie am Kausystem stattfinde und somit gemäss Definition eine zahnärztliche Tätigkeit darstelle. Diese sei aber in den abschliessend aufgeführten Artikeln 17 - 19 KLV nicht erwähnt und somit nicht von der OKP zu übernehmen. Eine Osteomyelitis, wie von Dr. B.____ nachträglich als Artikel 17 lit. c Ziff. 5 KLV erwähnt, sei nirgends dokumentiert.

5.6 Im Bericht vom 30. Oktober 2017 (B 16) betreffend MR Kopf + KM hielt Dr. med. J.____, Fachärztin für Radiologie und Neuroradiologie, folgenden Befund fest: «Angrenzend an die Wurzel des Dens 25 Nachweis eines in T2w zentral inhomogenen und randständig hypointensen, in T1w hypointensen und nach Kontrastmittelgabe inhomogen anreichernden Befundes, der sich gegen und im Schleimhautniveau des Bodens der linken Kieferhöhle vorwölbt [SRS 10, IMG 11 und 12]. Dens 18 ist schräg positioniert und partiell nach buccal durchgebrochen. Keine Spiegel in den oder relevanten Schleimhautschwellungen der Nasennebenhöhlen. Nasenseptumdeviation mit Konvexität nach links. Unauffällige Signalgebung des Nervus trigeminus beidseits. Das miterfasste Cerebrum kommt unauffällig zur Abbildung. Keine intrakranielle pathologische Kontrastmittelaufnahme. Unauffällige Signalgebung der Orbitae, Regelrechte Belüftung der Mastoidzellen.» Zur Beurteilung führte Dr. med. J.____ aus, bei der Signalveränderung des Oberkiefers unmittelbar angrenzend an die Zahnwurzel des Dens 25 könne es sich differenzialdiagnostisch um postoperative Veränderungen mit Granulationsgewebe, aber auch um einen entzündlichen Prozess handeln.

5.7 In seiner Stellungnahme vom 27. November 2017 (Avenir-Nr. 14) hielt Dr. med. dent. C.____ fest, aus den eingereichten Unterlagen gehe hervor, dass die Zyste apikal von Zahn 25 dentogen bedingt sei und daher in Artikel 17 lit. c Ziff. 4 KLV nicht erfasst sei. Zudem gehe eine dentogen bedingte Zyste nie über den Alveolorkamm hinaus, da sie sich apikal der Wurzelspitze befinde und nicht bis zum Alveolorkamm reiche. Die Unterlagen der Zystektomie seien nie bei der Krankenkasse eingereicht und bedürften einer gründlichen Kontrolle durch den Vertrauenszahnarzt. Eine Osteomyelitis mit den Begleiterscheinungen wie Fieber, Schmerzen, Zahnlockerung, Pus und Fistelbildung sei seitens des Kieferchirurgen Dr. med. B.____ nie dokumentiert worden, lediglich eine Otitis sei auf dem Zahnformular erwähnt worden, die in den Artikeln 17 - 19 KLV nicht aufgeführt sei. Eine Otitis könne nicht mit der viel gravierenderen Osteomyelitis gleichgesetzt werden. Das Vorliegen einer Otitis habe nicht er als Vertrauenszahnarzt festgestellt, sondern sei von Dr. med. B.____ im ersten Zahnschadenformular beschrieben

worden. Es handle sich dabei nicht um entzündete Knochen, sondern um ein mit Restbakterien infiziertes Knochenersatz-Material. Dieses sei nach der Zystektomie in die dadurch entstandene Knochenhöhle eingefüllt worden. Eine erneute Untersuchung mittels MRI vom Kopf durch PD Dr.med. J. ___ zeige am 30. Oktober 2017, dass apikal von Zahn 25 immer noch eine Entzündung vorliege, die sich nun Richtung Kieferhöhle entwickle und deren Schleimhaut am Boden verwölbe. Es könne sich aber ebenso gut um eine postoperative Veränderung mit Granulationsgewebe handeln, also um einen Heilungsprozess. Aus dieser Untersuchung gehe aber keinesfalls hervor, dass die Zyste in der Kieferhöhle hineingeragt sei. Da es sich eindeutig um eine dentogen bedingte Zyste handle, entspreche die Zystenoperation sicherlich weder Artikel 17 lit. c Ziff. 4 KLV noch Artikel 25 KVG, weil sie die Kieferhöhle nicht penetriert habe. Das Vorhandensein einer Entzündung, sei es nun Ostitis oder Osteomyelitis, schliesse nicht aus, dass es sich um eine dentogen bedingte Zyste handle. Zudem sei eine Ostitis sowohl anatomisch wie therapeutisch von einer Osteomyelitis zu unterscheiden, obwohl die Ostitis auch in eine Osteomyelitis übergehen könne. Bei der Ostitis sei vor allem der Knochen betroffen, bei der Osteomyelitis aber zusätzlich das Knochenmark. Eine Osteomyelitis werde immer mit Antibiotika behandelt, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern. Eine solche Therapie sei aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Vielmehr sei hier durch die Bakterien des Wurzelkanals respektive der Zyste entzündetes Knochenersatz-Material entfernt worden, welches zum Auffinden der Knochenhöhle appliziert worden sei. Das MRI vom 30. Oktober 2017 dokumentiere entgegen der Ausführungen der Vertreterin der Beschwerdeführerin keine Zyste. Entgegen der Ansicht der Vertreterin führe eine Zyste zudem höchst selten zu einem Abszess. Die Definition einer Zyste beschreibe einen pathologischen Hohlraum, der von einer Wand umgeben und mit flüssigem oder breiigen Inhalt gefüllt sei. Die Zyste sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dentogen bedingt. Die Röntgenaufnahme vom

E. 18

Januar 2017 belege, dass Zahn 25 mit einer grossen pulpanahen Füllung versorgt gewesen sei. Die vorher bestandene Karies habe mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Pulpitis und anschliessend zu einer Zyste geführt. Daher entspreche die Zyste nicht Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV. Das beigelegte Bildmaterial einschliesslich dem MRI vom 30. Januar 2017 bestätige das Übergreifen der Zyste auf die Kieferhöhle nicht. Entzündungen der Kieferhöhle seien in den Jahren 1976, 1995 und 2014 beschrieben worden, unabhängig von Zahn 25. Der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung würden in diesem Fall eindeutig den Oberkiefer Region 25 betreffen und seien somit identisch. Es handle sich also um eine zahnärztliche Tätigkeit. Daher komme hier Art. 25 KVG nicht zur Anwendung. Es gehe hier um eine Infektion des Knochenersatz-Materials und nicht des Knochenmarks. Somit sei die Behandlung nicht vereinbar mit Artikel 17 lit. c Ziff. 5 KLV. Eine Osteomyelitis sei nicht bewiesen.

5.8 In seiner Stellungnahme vom 25. März 2018 (Avenir-Nr. 15) führte Dr. med. C. ___ aus, die Wurzeln der 2. Prämolaren und Molaren würden oft bis in die Nähe der Kieferhöhle ragen. Daher sei auch eine apikale Zyste bei diesen Zähnen nahe der Kieferhöhle. Der Alveolarkamm bilde im Gegensatz dazu den oberen Abschluss des Knochens zur Mundhöhle hin. Sodann gehöre entgegen der Ansicht der Vertreterin auch das Einbringen von Knochenersatzmaterial und die Behandlung der Entzündung des Knochens in den zahnärztlichen Bereich. Es gehe um die Erhaltung der Kaufunktion. Des Weiteren könne

ein Antibiotikum auch bei Implantationen und andern Eingriffen am Knochen verabreicht werden. Damit werde nicht bewiesen, dass es sich um eine Osteomyelitis handle. Die Zyste sei nie auf der Höhe des Alveolarkamms, sondern immer apikal von Zahn 25 gewesen, habe aber den Knochen nie Richtung sinus maxillaris durchbrochen. Die Kieferhöhlenschleimhaut könne auf Entzündungsmediatoren mit Schwellung reagieren. Es sei nicht erwiesen, dass die Zyste die Entzündung der Kieferhöhlenschleimhaut ausgelöst habe. Die beiden Prozesse könnten durchaus unabhängig voneinander entstehen. Die Zystektomie sei nie Bestandteil einer Kostenanfrage gewesen. Die Wurzelbehandlung von Zahn 25 beweise die dentogene Ursache der Zyste. Die Therapie einer Entzündung apikal einer Zahnwurzel sei eine zahnärztliche Tätigkeit. Sie befinde sich im zahntragenden Element.

6.

6.1 Vorweg ist festzuhalten, dass die medizinische Aktenlage hinsichtlich echtzeitlicher Berichte der behandelnden Zahnärzte sehr spärlich ist. Gestützt auf die vorgehend aufgeführten Akten dürfte zumindest der folgende medizinische Sachverhalt unbestritten sein: Auf Anraten von Dr. med. dent. B.____ hat die behandelnde Zahnärztin Dr. med. dent. D.____ im Zeitraum vom 5. - 12. Dezember 2016 die schon vorher begonnene Wurzelbehandlung durchgeführt und in diesem Rahmen eine Zystektomie mit Wurzelspitzenresektion vorgenommen (vgl. B 13 und 3). Wie aus der Rechnung vom 23. Januar 2017 ersichtlich, füllte Dr. med. D.____ nach erfolgter Zystektomie das Zystenlumen mit Knochenersatzmaterial auf (vgl. auch Stellungnahme von Dr. med. dent. C.____ vom 16. September 2017; Avenir-Nr. 10). In der Folge nahm Dr. med. dent. B.____ am 9. Mai 2017 eine operative Entfernung des Knochenersatzmaterials in Lokalanästhesie vor (vgl. Avenir-Nr. 3). Die operative Entfernung des Knochenersatzmaterials wurde aufgrund einer Entzündung notwendig, was unter den Parteien unbestritten ist, zumal eine Entzündung auch aufgrund des Berichts vom 30. Oktober 2017 (B 16) betreffend MR Kopf + KM erstellt ist und Dr. med. dent. B.____ im Rahmen der Behandlung eine zweifache Antibiotikatherapie verschrieben hatte (Co-Amoxi-Mepha, FLAGYL; vgl. Avenir-Nr. 3).

Strittig ist hingegen, ob es sich bei der durch Dr. med. dent. D.____ vorgenommenen Zystektomie um die Entfernung einer nicht dentogenen Zyste(ohne Zusammenhang mit Zahnelementen)gehandelt hat, deren Behandlung ■ und allenfalls auch die diesbezügliche Nachbehandlung durch Dr. med. dent. B.____ ■ unter Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV fallen würde. Ebenfalls umstritten ist die Frage, ob es sich bei der Entzündung ■ wie von Dr. med. dent. B.____ im Formular «Zahnschäden gemäss KVG» angedeutet (Avenir-Nr. 3 und 9) ■ allenfalls um eine Otitis oder eine Osteomyelitis handelt. Die letztgenannte Diagnose würde eine Pflichtleistung gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV darstellen.

6.2 Die Entfernung einer radikulären Zyste an der Wurzelspitze eines Zahnes ist grundsätzlich eine zahnärztliche Massnahme, wenn sie vom Zahnarzt mittels Wurzelbehandlung angebar ist; da eine solche im Zusammenhang mit einem Zahnelement steht, sind die Kosten nicht gestützt auf Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_655/2010 vom 23. März 2010 E. 2.3). Im vorliegenden Fall hat Dr. med. dent. D.____ die Zystektomie im Rahmen einer Wurzelbehandlung durchgeführt. Dass es sich um eine dentogene Zyste handelt, wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Damit fällt somit weder die Behandlung von Dr. med. dent. D.____ noch die nachfolgende Behandlung von Dr. med. dent. B.____ (Extraktion des entzündeten Knochenersatzmaterials) unter Art. 17 lit.

c Ziff. 4. Ob diese Zyste allenfalls, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, deutlich über den Alveolarkamm hinausragte und deren Entfernung damit eine ärztliche Behandlung gemäss Art. 25 KVG darstellen könnte, wird unter E. II. 7.2 hiernach geprüft.

Sodann ist auf die Frage einzugehen, ob allenfalls eine zahnärztliche Pflichtleistung aufgrund einer Osteomyelitis der Kiefer vorliegt, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird. Während eine Ostitis (gemäss Pschyrembel Online: Entzündung von Knochengewebe, meist kombiniert mit Osteomyelitis und/oder Periostitis) im zahnärztlichen Leistungskatalog von Art. 17 - 19 KLV nicht erfasst ist, würde die Behandlung einer Osteomyelitis (gemäss Pschyrembel Online: Knochenmarkentzündung, meist mit Knochenentzündung [Ostitis, Periostitis]) gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV eine Pflichtleistung darstellen. Wie aus den vorgehenden Ausführungen ersichtlich, geht eine Ostitis zwar häufig mit einer Osteomyelitis einher, ist aber ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ nicht als deckungsgleiche Diagnose anzusehen. Aufgrund der abschliessenden Aufzählung in den Art. 17 - 19 KLV würde demnach eine Behandlung aufgrund einer diagnostizierten Ostitis keine zahnärztliche Pflichtleistung darstellen. Bei der Osteomyelitis handelt es sich um eine akute eitrige Knochenmarkentzündung, die sich nach Allgemeininfektion mit Bakteriämie entwickelt und nicht nur den Knochen, sondern auch die Gelenke und Weichteile befallen kann. Zur Diagnose der akuten und chronischen Osteomyelitis stehen eine Vielzahl von bildgebenden Methoden zur Verfügung. Bei klinischem Verdacht auf eine akute Osteomyelitis ist weiterhin die Röntgenaufnahme die primäre Methode der Wahl. Besteht die Notwendigkeit einer erweiterten Diagnostik, sind szintigraphische Methoden und die MRT bei der akuten Osteomyelitis konkurrierende Verfahren (K. Bohndorf, in: Radiologie, Bildgebende Diagnostik der akuten und chronischen Osteomyelitis, 1996, S. 786). In den Formularen «Zahnschäden gemäss KVG» hat Dr. med. dent. B. ___ zum einen die Diagnose einer Ostitis gestellt und zum anderen auf Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV (Osteomyelitis) hingewiesen. Er hat seine Diagnosestellungen jedoch mit keinem Wort begründet. Es sind denn auch aus den übrigen Unterlagen keine Hinweise ersichtlich, womit eine leistungsbegründende Osteomyelitis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren wäre. Alleine aus dem Umstand, dass im G. ___-Gutachten ein rheumatologisch-entzündliches Geschehen festgestellt wurde, kann nicht ohne Weiteres auf das Vorliegen einer Osteomyelitis geschlossen werden. Mangels diesbezüglicher konkreter Hinweise war die Beschwerdegegnerin auch nicht gehalten, betreffend das allfällige Vorliegen einer Osteomyelitis weitere Abklärungen zu veranlassen. Damit ist eine Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV ebenfalls zu verneinen.

7. Nachdem das Vorliegen einer zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Art. 17 - 19 KLV zu verneinen ist, ist schliesslich zu prüfen, ob die Behandlung des auf einen bestimmten Bereich lokalisierten entzündlichen Herdes von Dr. med. dent. B. ___ eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG darstellt.

7.1 Während die Kosten für eine ärztliche Behandlung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei gegebenen Krankheitswert nach Massgabe von Art. 25 KVG zu übernehmen sind, richtet sich die Leistungspflicht für eine zahnärztliche Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. KLV (BGE 128 V 143 E. 5). Die Kriterien für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sind der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung. (BGE 128 V 143 E. 4). Für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung verwendet das ehemalige EVG gemäss BGE 128 V 143 E. 4b wahlweise zwei Kriterien: (1) der

organische Ansatzpunkt der Behandlung (2) und die therapeutische Zielsetzung. Nach dem Kriterium des organischen Ansatzpunktes sind zahnärztliche Behandlungen therapeutische Vorkehren am Kausystem. Unter den Begriff des Kausystems fallen die Zähne, der Zahnhalteapparat sowie die Organbereiche, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 194 E.2). Das Kriterium der therapeutischen Zielsetzung fragt danach, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden sollen. Betrifft die Massnahme hauptsächlich die Verbesserung der Funktion der Zähne beim Beissen, Zerkleinern und Kauen der Nahrung und beim Sprechen, liegt zahnärztliche Behandlung vor. Andere therapeutische Zielsetzungen lassen die Waage zugunsten einer ärztlichen Behandlung kippen und zwar selbst dann, wenn die Behandlung beim Parodont ansetzt. Ist die Zuordnung nicht eindeutig, kommt der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht zu (G. EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR, Soziale Sicherheit], 3. Auflage, 2016, N. 498; Urteil des Bundesgerichts 9C_6551201 1.2.3 mit Beispielen; EVG K 43/01 E. 5b; K 159/00 E. 5). Zahnärztliche Pflichtleistung ist alles, was Zahnärzte im Zusammenhang mit Art. 17 - 19a KLV vorkehren. Bei Ärzten, die neben einem Facharzttitel zusätzlich über das Zahnarzt Diplom verfügen und die Erkrankungen des Kausystems behandeln, ist im Zweifelsfall auf die therapeutische Zielsetzung auf der Ebene des Kausystems abzustellen. Alle medizinischen Vorkehren, die der Sanierung von irregulären Gebissverhältnissen oder von Kieferfehlstellungen dienen und dabei die Wiederherstellung oder Verbesserung der Zahn- oder Kaufunktionen zum Ziele haben, sind danach zahnärztlich äquivalente Leistungen (G. EUGSTER, a.a.O., N. 499).

Der Rechtsprechung ist hinsichtlich der Unterscheidung zwischen zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung Folgendes zu entnehmen (G. EUGSTER, a.a.O., N. 501):

Als zahnärztliche Behandlung qualifiziert

Als ärztliche Behandlung qualifiziert

Das EVG erklärte sodann auch die altrechtlichen Kriterien gemäss KUVG zur Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung als weiterhin anwendbar (BGE 128 V 135 1.6, 128 V 143 1. 5a), womit auch die nachfolgenden altrechtlichen Praxisbeispiele weiterhin gelten dürften. Durch Zahnärzte vorgenommene ärztliche Behandlungen und damit Pflichtleistungen sind (vgl. G. Eugster, a.a.O., N. 497, 500, Fn. 119):

7.2 Aufgrund der vorliegenden Akten kann nicht entschieden werden, ob die durchgeführte «Operative Entfernung des Knochenersatzmaterials in Lokalanästhesie», welche aufgrund einer Entzündung notwendig wurde, eine ärztliche Behandlung gemäss Art. 25 KVG darstellt. Eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 25 KVG wäre unter anderem dann denkbar, falls sich die Zyste ■ wie von der Beschwerdeführerin angeführt ■ soweit über den Ursprung hinaus entwickelt hat, dass diese krankheitswertig gewesen ist und somit auch die Nachfolgebehandlung von Dr. med. dent. B. ___ in diesem Zusammenhang gesehen werden könnte. So ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung dann von einer Pflichtleistung auszugehen, wenn sich eine solche Zyste weit über ihren Ursprung hinaus entwickelt und den Kieferknochen in der Weise betroffen hat, dass sie in die Kieferhöhle im Sinne einer Sinusitis maxillaris durchgebrochen ist und somit die enge Verbindung mit dem Zahnelement verlassen hat, sodass deren Behandlung nunmehr eine nach Massgabe von Art. 25 KVG zu übernehmende ärztliche Leistung darstellt (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 111/99 vom 19. Dezember 2001 E. 5 und 6). Ob dies vorliegend

der Fall ist, lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten nicht beantworten, zumal bezüglich der Behandlung von Dr. med. dent. D.____ keine Unterlagen vorliegen. Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang geltend, die Zyste sei deutlich über den Alveolarkamm hinausgeragt. Dagegen stellt sich der Vertrauensarzt, Dr. med. dent. C.____ auf den Standpunkt, die Zyste sei nie auf der Höhe des Alveolarkamms gewesen, sondern immer apikal von Zahn 25, hätte aber den Knochen nie Richtung sinus maxillaris durchbrochen. Gestützt auf die vorhandenen Akten lässt sich jedoch weder die eine noch die andere Aussage überprüfen. Auch eine Prüfung der vorgenannten Kriterien (vgl. E. II. 7.1 hiervor) ist aufgrund der lückenhaften Aktenlage nicht vollständig möglich. Nach dem Kriterium des organischen Ansatzpunktes wäre die Behandlung von Dr. med. dent. B.____ wohl als zahnärztlich anzusehen, da die Extraktion des Knochenersatzmaterials in diesem Bereich erfolgte. Bei Ärzten wie Dr. med. B.____, die neben einem Facharzttitel zusätzlich über das Zahnärztdiplom verfügen und die Erkrankungen des Kauystems behandeln, ist jedoch im Zweifelsfall auf die therapeutische Zielsetzung auf der Ebene des Kauystems abzustellen: Betrifft die Massnahme hauptsächlich die Verbesserung der Funktion der Zähne beim Beissen, Zerkleinern und Kauen der Nahrung und beim Sprechen, so liegt aufgrund der therapeutischen Zielsetzung eine zahnärztliche Behandlung vor. Dies kann bei der vorliegenden Behandlung einer Entzündung gestützt auf die Akten nicht eindeutig bejaht oder verneint werden. Die Argumentation des Vertrauensarztes, Dr. med. dent. C.____, wonach es bei der Entfernung des entzündeten Knochenersatzmaterials um eine zahnärztliche Behandlung und um Erhaltung der Kaufunktion gehe, überzeugt zudem nicht. Dass durch eine unbehandelte Entzündung im Kieferbereich schlussendlich auch die Kaufunktion beeinträchtigt würde, ist zwar selbstredend. Dass die Behandlung und Entfernung entzündeten Knochenersatzmaterials hauptsächlich die Verbesserung der Funktion der Zähne beim Beissen, Zerkleinern und Kauen der Nahrung und beim Sprechen, zum Ziel hat ■ womit eine zahnärztliche Behandlung vorliegen würde ■ greift im Lichte der vorgehend aufgeführten Rechtsprechung aber zu kurz. Bleiben Entzündungen unbehandelt, haben sie für den gesamten Körper Folgen, die weit über eine Beeinträchtigung der Zahnfunktion hinausgehen können. In den Akten fehlen aber Angaben zum entzündlichen Geschehen im Zeitpunkt der strittigen Behandlung.

7.3 Aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung lässt sich bezüglich der Erforderlichkeit von zusätzlichen Abklärungen durch den Krankenversicherer oder das Sozialversicherungsgericht in derartigen Konstellationen folgende Leitlinie erkennen: Untersuchungsmaxime bedeutet nicht, dass Verwaltung oder das Sozialversicherungsgericht in jedem Fall ergänzende Abklärungen, beispielsweise in Form einer zahnärztlichen Expertise, vornehmen müssen. Dies ist nur dann indiziert, wenn greifbare Anhaltspunkte bestehen, dass die versicherte Person eine Zahnschädigung aufweist, welche in den restlichen Einzugsbereich der lit. a - c des Art. 31 Abs. 1 KVG fallen könnte bzw. allenfalls eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG vorliegt. Hingegen bedeutet der Untersuchungsgrundsatz nicht, dass von Amtes wegen nach Ursache-Wirkung-Zusammenhängen zu forschen wäre, wenn keine konkreten Hinweise dafür vorliegen, dass ein Zahnleiden im Rechtssinne vorhanden sein könnte (vgl. Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 11/06 vom 11. Juli 2006 E. 3.2).

Vorliegend sind genügend Anhaltspunkte vorhanden, dass allenfalls eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG gegeben ist. Aufgrund des lückenhaften Sachverhalts sind somit weitere Abklärungen unumgänglich. Es stellen sich u.a. folgende

Fragen: Hat die behandelte Entzündung Krankheitswert resp. was sind die absehbaren Folgen einer Nichtbehandlung? Inwiefern diene diese Behandlung auch der Kaufunktion? Die Beschwerdegegnerin wird zu diesen Fragen bei den behandelnden Ärzten Berichte einzuholen haben und hiernach allenfalls ein fachärztliches Gutachten zu veranlassen haben. Danach hat die Beschwerdegegnerin über die Vergütung der Kosten der Behandlung der Entzündung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung neu zu verfügen haben.

8. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und hierauf neu entscheide.

9.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (formelles Obsiegen), welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 234 E. 2b bb, 110 V 57 E.3a; ZAK 1987 S. 268 E.5a). Die Vertreterin der Beschwerdeführerin hat am 31. Mai 2018 eine Kostennote eingereicht, worin sie einen Kostenersatz von CHF 10'237.60 geltend macht.

Vorweg ist die eingereichte Kostennote in verschiedenen Positionen zu kürzen: Das Versicherungsgericht gewährt einen Stundenansatz von mehr als CHF 260.00 praxisgemäss nur in ganz aussergewöhnlichen Fällen. Ein solcher liegt hier nicht vor. Der von der Vertreterin geltend gemachte Stundenansatz von CHF 270.00 ist somit auf CHF 260.00 zu kürzen. Des Weiteren sind die Verfügungen des Versicherungsgerichts selten umfangreich und kompliziert, weshalb deren Durchsicht praxisgemäss nicht separat vergütet wird. Zudem sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.50, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Schliesslich erscheint der geltend gemachte zeitliche Aufwand von insgesamt 33 Std. 45 Min. angesichts der Schwierigkeit der Sache, der Höhe des Streitwertes und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als massiv überhöht. Es handelt sich zwar um eine nicht einfache Rechtsfrage, jedoch ist der vorliegende Aktenumfang sehr gering und der Sachverhalt nicht besonders komplex. Im Übrigen wäre selbst in einem komplexen IV-Verfahren mit umfangreichen Akten eine solche Kostenforderung als überhöht anzusehen. Angemessen erscheinen pauschal 10 Stunden, was bei einem Stundenansatz von CHF 260.00 einen Betrag von CHF 2'600.00 ergibt. Hinzu kommen 8 % MwSt auf einen Betrag von CHF 1'170.00 (= CHF 93.60) sowie 7.7 % MwSt. auf einen Betrag von CHF 1'430.00 (= CHF 110.10) sowie ein Aufwandsersatz von CHF 206.60 (inkl. 8 % MwSt.) + CHF 78.50 (inkl. 7.7 % MwSt.). Dies ergibt eine Parteientschädigung von CHF 3'088.80 (inkl. Auslagen und MwSt.)

9.2 Schliesslich verlangt die Vertreterin der Beschwerdeführerin, der Beschwerdeführerin seien die Kosten für die medizinische Beratung im vorliegenden Beschwerdeverfahren von CHF 720.00 zu erstatten

Gemäss Art. 45 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich

zugesprochener Leistungen bilden. Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 6, 9C_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1 [SVR 2014 IV Nr. 11 S. 44]). Darüber hinaus kommt eine Kostenübernahme auch infrage, wenn aufgrund der damaligen Aktenlage eine ergänzende Abklärung nicht zwingend gewesen wäre, der Bericht aber neue Erkenntnisse liefert, welche die Anspruchsbeurteilung beeinflusst oder zusätzliche Abklärungen auslöst. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin keine neuen Arztberichte einreichen lassen. Vielmehr hat sich die Vertreterin der Beschwerdeführerin offensichtlich im Zusammenhang mit dem Verfassen ihrer Rechtsschriften bei Dr. med. B.____ ärztliche Beratung eingeholt. Somit erscheint es bereits fraglich, ob bei dieser Konstellation eine Kostenübernahme gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG in Frage kommt, zumal eben keine Arztberichte vorliegen und es demnach nicht eruierbar ist, welche Ausführungen aus den Rechtsschriften der Vertreterin und welche Dr. med. B.____ zuzuordnen sind. Ungeachtet dessen kann auch nicht gesagt werden, dass die Ausführungen aus den Rechtsschriften die Anspruchsbeurteilung beeinflusst oder zusätzliche Abklärungen ausgelöst hätte. Die Rückweisung wurde vielmehr aufgrund der lückenhaften Aktenlage notwendig. Eine Pflicht zur Kostenübernahme kann somit ohne Weiteres verneint werden.

9.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.